

Tratamento do Carcinoma da Próstata Metastizado: Surgimento de Novos Horizontes Terapêuticos

Treatment of Metastasized Prostate Carcinoma: Emergence of New Therapeutic Horizons

Paulo Mota^{1,2}, Nuno Morais¹, João Pimentel Torres^{1,2}, Agostinho Cordeiro¹, Emanuel Dias^{1,2}, Mário Cerqueira Alves¹, Estevão Lima^{1,2}

Autor Correspondente:

Paulo Mota [damota.paulo@gmail.com]

RESUMO

A evolução no tratamento do carcinoma da próstata metastizado proporciona atualmente ao Urologista uma vasta gama de possibilidades terapêuticas que comprovadamente melhoram a sobrevida e a qualidade de vida dos doentes. É apresentado um caso clínico neste artigo onde é patente não só a eficácia destas terapêuticas mas também a sua rápida evolução.

PALAVRAS-CHAVE: Antagonistas de Androgénios; Metástase Neoplásica; Neoplasias da Próstata/tratamento

ABSTRACT

The evolution in the treatment of metastatic prostate cancer currently provides to the urologist a wide range of therapeutic possibilities that have shown an improvement on overall survival and quality of life of patients. It is presented a clinical case in this article which reflects not only the effectiveness of these therapies but also their rapid evolution.

KEYWORDS: Androgen Antagonists; Neoplasm Metastasis; Prostatic Neoplasms/drug therapy

INTRODUÇÃO

O carcinoma da próstata metastiza e manifesta-se de diversas formas, implicando por isso diferentes formas de tratamento. A introdução recente de novos fármacos para tratar esta patologia veio abrir várias possibilidades

de tratamento.^{1,2} De seguida é apresentado um caso clínico de um doente diagnosticado com cancro da próstata metastizado *ab initio* com o objetivo de evidenciar a melhor escolha terapêutica de acordo com a situação clínica.

1.Serviço de Urologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal. 2.Instituto de Investigação de Ciências da Vida e da Saúde/Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Recebido: 27/05/2016 - Aceite: 07/06/2016

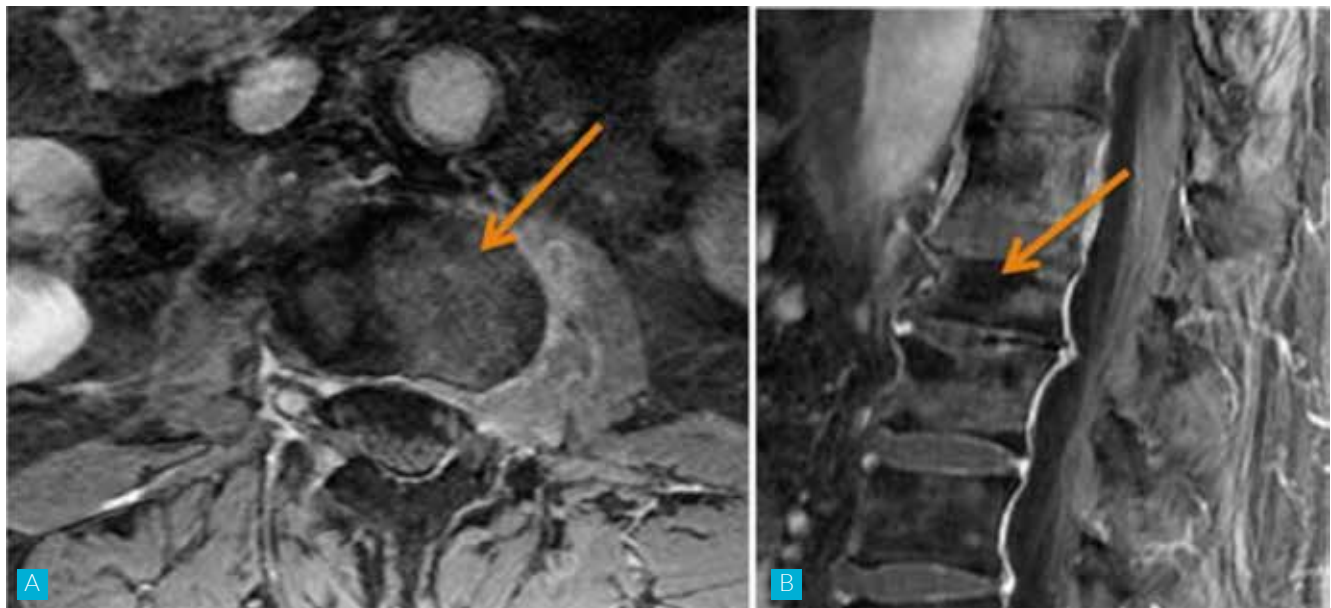


FIGURA 1. Imagens de ressonância magnética onde se visualizam metástases ósseas (setas amarelas). Em A - cortes transversais. Em B - cortes sagitais.

CASO CLÍNICO

Homem de 74 anos, com antecedentes pessoais de doença cardíaca isquêmica, com queixas de dor lombar com irradiação para o membro inferior direito, astenia e agravamento do estado geral com semanas de evolução. O toque retal revelou uma próstata de consistência endurecida. O estudo analítico solicitado revelou PSA=32,56 ng/mL. Foi realizada uma biópsia prostática trans-retal cuja histologia revelou a presença de adenocarcinoma da próstata Gleason 8 (4+4), em 9 de 11 fragmentos. A cintigrafia óssea revelou metástases na coluna cervical, lombar e bacia e a ressonância magnética da coluna vertebral mostrou que havia aparente compressão nervosa pelo processo metastático ósseo ao nível da coluna vertebral lombar (Fig. 1). O doente fez radioterapia da coluna vertebral e iniciou leuprorrelina (agonista LH-RH) e bicalutamida 150 mg (antagonista do recetor da testosterona), com melhoria rápida da dor lombar e redução do PSA (2,27 ng/mL após 3 meses). Passados 8 meses apresentou subida do PSA para 27,14 ng/mL (valores de testosterona total de 23 ng/dL). Iniciou quimioterapia com docetaxel na dose de 75 mg/m², sendo, no entanto, necessário efetuar a redução da dose de quimioterapia para 50% devido a efeitos laterais marcados (fadiga e neutropenia). Após 6 ciclos de docetaxel o PSA encontrava-se em 10,71 ng/mL. Passados 4 meses, verificou-se progressivo agravamento do estado geral. Fez uma tomografia que evidenciou metastização pulmonar e adenomegalias retroperitoneais (Fig. 2A), com subida do PSA para 48,18 ng/mL. Foi iniciado o tratamento com abiraterona 1000 mg/dia + prednisona 10 mg/dia com excelente melhoria do estado geral, regressão imagio-

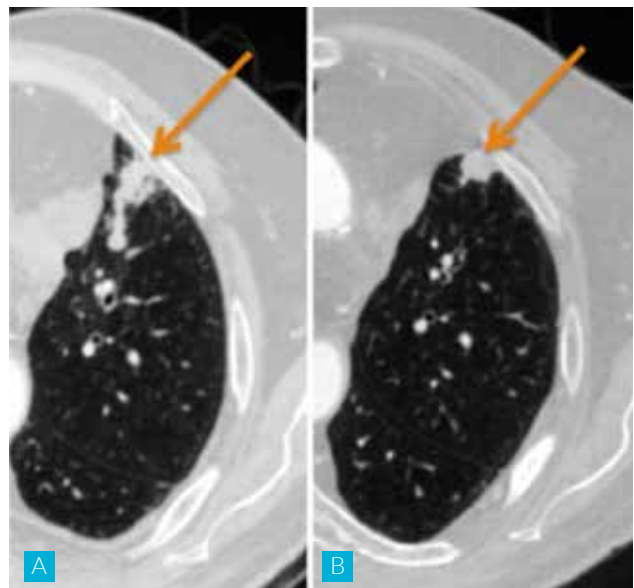


FIGURA 2. Imagens de tomografia computadorizada onde se verifica uma redução do tamanho das lesões pulmonares de A para B (setas amarelas) após início de tratamento com um antagonista da testosterona de nova geração.

lógica das metástases pulmonares (Fig. 2B) e diminuição do valor de PSA para 8,17 ng/dL passados 7 meses (atualmente).

DISCUSSÃO

Da avaliação global deste caso clínico depreende-se que o adenocarcinoma da próstata é uma neoplasia para a qual existem atualmente várias modalidades terapêuticas que podem ser utilizadas de acordo com as manifestações clínicas, localização das metástases e características histológicas.

Neste caso, a existência de metastização óssea na coluna vertebral com manifestações neurológicas associadas (compressão da espinal medula) tornaria desejável que o tratamento inicial fosse feito com um antagonista LH-RH ou com castração cirúrgica.¹⁻³ Dada a indisponibilidade de degarelix optou-se por bloqueio hormonal completo com bons resultados. Não foi realizado tratamento inicial com docetaxel porque na altura este apenas estava indicado no cancro da próstata resistente à castração, diferente do que atualmente é recomendado.^{1,2,4}

Sendo o cancro da próstata uma doença de comportamento por vezes imprevisível queremos, neste caso clínico em concreto, realçar o excelente resultado da abiraterona na regressão imagiológica de metástases viscerais-pulmonares.

CONCLUSÃO

O surgimento de novas drogas, como os novos anti-androgénios, abriu portas terapêuticas onde antes existia o fim de linha e a mera palição de sintomas.

CONFLITOS DE INTERESSES: Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesses na realização do presente trabalho.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS: Os autores declaram que os procedimentos seguidos na elaboração do presente trabalho estão em conformidade com as normas das comissões de investigação clínica e de ética, bem como da declaração de Helsínquia e da Associação Médica Mundial.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não houve qualquer fonte de financiamento na realização do presente trabalho.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação de dados de doentes.

REFERÊNCIAS

1. Carroll PR, Parsons JK, Andriole G, Bahnson RR, Castle EP, Catalona WJ, et al. NCCN Guidelines Insights: Prostate Cancer Early Detection, Version 2.2016. J Natl Compr Canc Netw. 2016;14:509-19.
2. Mottet N, Bellmunt J, Briers E, Bolla M, Cornford P, De Santis M, et al. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines. Prostate Cancer. Update March 2016. [accessed March 2016] Available: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Prostate-Cancer-2016.pdf>.
3. Roviello G, Sigala S, Sandhu S, Bonetta A, Cappelletti MR, Zannotti L, et al. Role of the novel generation of androgen receptor pathway targeted agents in the management of castration-resistant prostate cancer: A literature based meta-analysis of randomized trials. Eur J Cancer. 2016;61:111-21.
4. James ND, Sydes MR, Clarke NW, Mason MD, Dearnaley DP, Spears MR, et al. Addition of docetaxel, zoledronic acid, or both to first-line long-term hormone therapy in prostate cancer (STAMPEDE): survival results from an adaptive, multiarm, multistage, platform randomised controlled trial. Lancet. 2016;387:1163-77.